

Notfall Rettungsmed 2007 · [jvn]:[afp]–[alp]
DOI 10.1007/s10049-007-0965-9
Online publiziert: 17. November 2007
© Springer Medizin Verlag 2007

Redaktion

T. Nicolai, München
M. Weiss, Zürich

G. Staubli

Interdisziplinäre Notfallstation, Universitäts-Kinderklinik, Zürich

Kindesmisshandlung

Unter Kindesmisshandlung verstehen wir eine nicht zufällige, bewusste oder unbewusste, körperliche und/oder seelische Schädigung eines Kindes, die zu Verletzungen, Entwicklungshemmungen oder zum Tod führen kann. Wichtig ist dabei nicht nur das Erkennen von körperlicher, seelischer oder sexueller Misshandlung, sondern auch die Kenntnis, welche Maßnahmen in einem solchen Fall sinnvoll von Notarzt oder Rettungsdienstpersonal ergriffen werden können. Der vorliegende Beitrag soll hierzu eine Hilfestellung geben.


Kinder werden misshandelt, seit es Kinder gibt. Der Begriff „battered child“ wurde erstmals 1962 in der medizinischen Literatur von Herrn H. Kempe geprägt. Heute spricht man vor allem von nicht akzidentellen Verletzungen.

► Die meisten Kinder werden über längere Zeit misshandelt oder missbraucht

Die meisten Kinder werden nicht einmalig misshandelt, sondern diese Handlungen gehen über längere Zeit, die Kinder werden chronisch misshandelt oder missbraucht.

Jeder Einzelne unserer Gesellschaft ist gefordert die Augen offen zu halten, um solche Missstände bei seinem Nachbarn oder bei seinen Verwandten festzustellen. Oftmals sind die Täter mit den Kindern überfordert und nehmen sehr dankbar Hilfe entgegen. Leider hört man bei Misshandlungsfällen von Leuten in der Umgebung immer wieder: „ich habe ja schon immer gewusst, dass dieses Kind oft ge-

schrien hat“ oder „ich habe schon immer gewusst, dass die Eltern dem Kind nicht genug zu essen geben“.

Die wichtigsten Risikofaktoren für eine Misshandlung sind in der  **Infobox 1** aufgelistet.

Als Rettungssanitäter und als Notfallmediziner wird man in die Wohnung von Familien gerufen, weil ein Unfall passiert ist oder weil das Kind schwer krank ist. Dies ermöglicht einen kleinen Einblick in das Familienleben dieses Kindes zu erhaschen. Den Kinderärzten im Spital fehlt dieser Einblick.

Wird z. B. ein krankes Kind zu Hause abgeholt und der Notfallmediziner sieht andere verwahrloste Kinder oder auch verwahrloste Haustiere oder sonstige Ungereimtheiten in der Privatwohnung, so ist es ganz wichtig, dass diese festgehalten werden und dem Krankenhausarzt übermittelt werden. Schon oft konnte durch die Beobachtung von Hilfspersonen erkannt werden, dass ein Kind vernachlässigt oder sonst irgendwie misshandelt wurde.


Damit man eine Kindsmisshandlung erkennt, darf erstens die Tatsache, dass Kinder misshandelt werden, nicht verdrängt werden und zweitens müssen einem die verschiedenen Formen der Kindsmisshandlung geläufig sein [3].

Formen der Kindsmisshandlung

International werden 5 verschiedene Misshandlungsformen unterschieden. Die Einteilung in diese 5 Formen hat v. a. einen didaktischen Charakter. In Tat und Wahrheit überlappen sich diese Formen eigentlich immer. Im Folgenden werden die verschiedenen Misshandlungsformen genauer dargestellt. Die wohl häufigste


Form bei der Notfallärzte und Rettungssanitäter dazu gerufen werden, ist die körperliche Misshandlung.

Körperliche Misshandlung

Die gewaltfreie Erziehung von Kindern wird heutzutage in der Schweiz und wohl auch in Deutschland und Österreich von allen Eltern akzeptiert. Auch wenn ein großer Teil z. B. eine Ohrfeige als Erziehungsmittel gut findet. Eine schwere körperliche Misshandlung liegt dann vor, wenn beim Kind ernsthafte Verletzungen mit entweder vorübergehenden oder zum Teil gar bleibenden Schäden vorhanden ist ( **Infobox 2**), leider in seltenen Fällen sogar mit Todesfolge.

— Bei Verletzungen ist es immer wichtig, dass beim Kind der motorische Entwicklungsstand beurteilt wird.

So ist z. B. bei einem Säugling, der sich noch nicht selbst fortbewegen kann, ein Hämatom fast immer ein Hinweis auf eine Misshandlung, außer es liegt eine plausible Anamnese vor.

Der Verdacht auf eine körperliche Misshandlung lässt sich selten nur aufgrund des Verletzungsmusters erhärten, sondern setzt sich zusammen aus dem körperlichen Befund, der Verhaltensweise des Kindes und der Eltern sowie aus Beobachtungen aus dem Umfeld oder aus der Patientenanamnese ([3],  **Infobox 3**). Bei der körperlichen Untersuchung ist es entscheidend, dass das Kind immer von Kopf bis Fuß untersucht wird, sodass alle Hautpartien einmal angeschaut wurden. Nicht vergessen darf man dabei auf mög-

Tab. 1 Hinweise zur Unterscheidung von Unfall und Misshandlung

Passend zu einem Unfall	Mögliche Misshandlung
<i>Weichteilverletzung</i>	
– Oberflächliche Weichteilschwellung	– Tiefe Weichteilschwellung ohne Hautläsion
– Schürfung	– Spuren von Gegenständen
	– Bissmarken
<i>Hämatome</i>	
– Mehr oder weniger einheitliches Alter	– Unterschiedliches Alter
– Übliche Lokalisation	– Unübliche Lokalisation: Abdomen, Gesäß, Genitale, Extremitäteninnenseite, retroaurikulär

Tab. 2 Differenzierung verdächtiger Verbrühungen/Verbrennungen

Unverdächtige Läsion	Verdächtige Läsion
Unterschiedliche Tiefe	Einheitliche Tiefe der Verbrühung
Abnahme des Schweregrades und der Ausdehnung von oben nach unten	Keine Abnahme des Schweregrades
Unregelmäßige Abgrenzung	Strumpfmuster, Handschuhmuster
Eher Brust und Bauch	Genitale und Rücken

liche Verletzungen in der Kopfhaut und im Mundbereich zu achten.

Haut und Weichteile

Hämatome oder Verletzungen der Haut sind die häufigsten Merkmale bei körperlicher Misshandlung [4]. Das Alter von Hämatomen kann nur sehr schwierig bestimmt werden. Viel wichtiger sind die Lokalisation der Hämatome und deren Anzahl. Fast jedes Kind, welches gerade laufen lernt oder sich selbst fortbewegt, hat Hämatome im Bereich der sog. „leading edges“ (Stirn, Schläfe, Nase, Kinn, Hüfte, Becken, Schienbein, Ellenbogen, dorsale Unterarme). Hämatome bei Kindern, die noch nicht laufen können, sind ohne eine dazu passende Anamnese höchstverdächtig auf Kindsmisshandlung („babys that don't cruise don't bruise“). Bei mobilen Kindern sind Hämatome im Bereich des Gesäßes, des Rumpfes und der Extremitäteninnenseite oft ein Zeichen von nicht akzidentellen Verletzungen.

Enorale Verletzungen können ein Hinweis auf forcierte Ernährungspraktiken v. a. bei Kleinkindern sein (■ **Tab. 1**).

Bei Weichteilverletzungen muss immer sorgfältig abgeklärt werden, ob es sich nicht um eine Erkrankung handelt (■ **Abb. 1, 2**). So können z. B. die Hautläsionen bei einer Purpura Schönlein-Hennoch so aussehen wie Blutergüsse an den Beinen. Beim kleinsten Verdacht auf eine Gerinnungsstörung muss immer eine Gerinnungsabklärung durchgeführt werden.

Verbrühungen, Verbrennungen

Verbrühungen oder Verbrennungen im Genitalbereich, dorsal im Bereich der Hände oder Unterarme sowie sockenartige Verbrühungen ohne Spritzerläsionen sind höchst verdächtig auf nicht akzidentelle Verbrühung/Verbrennung (■ **Tab. 2**). Tiefe Verbrennungen sind ebenfalls höchst verdächtig auf Misshandlung, vor allem wenn sie Abdrücke von Gegenständen zeigen (■ **Abb. 3, 4**).

Bei Verbrennungen sind bei kleinen Kindern v. a. die Handinnenflächen betroffen, da die Kinder mit den Händen ihre Umwelt erkunden. Verbrennungen dorsalseitig oder punktförmige, tiefe Verbrennungen sind höchst verdächtig auf eine nicht akzidentelle Verbrennung (z. B. Zigarettenverbrennungen).

Frakturen

Kommt es bei einer körperlichen Misshandlung zu einer Fraktur, so weisen diese Kinder meist mehr als eine Fraktur auf sowie zusätzliche Weichteilverletzungen. Auch hier gilt, dass man den motorischen Entwicklungsstand des Kindes unbedingt beachten sollte, je jünger das Kind ist, um so weniger ist die Wahrscheinlichkeit, dass es sich eine Fraktur zuzieht [3]. Bei Verdacht auf eine Misshandlung sollte im Krankenhaus immer eine weitere radiologische Abklärung veranlasst werden (Skelettstatus bei Kindern unter 2 Jahren oder mit einer Skelettszintigraphie bei Kindern über 2 Jahren). Metaphysäre oder

epiphysäre Frakturen sowie Rippenfrakturen weisen eine hohe Korrelation mit einer Misshandlung auf [1]. Selbst bei einer Reanimationssituation oder einem Verkehrsunfall werden ganz selten Rippenfrakturen gefunden, bei den misshandelten Kindern jedoch häufig. Dies gibt wieder einen Hinweis auf die massiven Kräfte, die bei einer Misshandlung auf die Kinder und deren Knochen wirken.

Als Differenzialdiagnose kommt immer wieder die Osteogenesis imperfecta ins Spiel. Hier sollte man v. a. auf blaue Skleren, Schwerhörigkeit, Schaltknochen am Schädel, Dentinstörungen an den Zähnen und auf eine allfällige positive Familienanamnese achten.

Schädel-Hirn-Trauma, „Shaken Baby“

Leider kommt es bei Kleinkindern – trotz intensiven Informationskampagnen – immer noch zu schweren Schädel-Hirn-Traumen durch Schütteln der Kinder. Diese Misshandlungen sind auch der häufigste Grund für nicht akzidentelle Todesfälle.

Das Shaken-Baby-Syndrom oder Schütteltrauma kommt durch das heftige Schütteln eines Säuglings zustande. Die Folge sind Subduralhämatome, intrazerebrale Blutungen und Retinablutungen. Bei weiteren Untersuchungen werden in vielen Fällen auch Hämatome und Frakturen gefunden. Die Mortalität des Schütteltraumas liegt bei ca. 25%, von den überlebenden Kindern haben ca. 75% neurologische Langzeitschäden [7].

Klinisch präsentieren sich diese Kinder oft mit einem Krampfanfall, in schlechtem Allgemeinzustand, Apnoen, Erbrechen, Apathie, sie sind afebril, manchmal mit einer vorgewölbten Fontanelle. Dazu kommt, dass anamnestisch keine Begründung für diesen Zustand geliefert werden kann, oft ist der eine Elternteil am morgen aus dem Haus gegangen und hat dann am Abend das Kind so „krank“ zu Hause vorgefunden.

Kinder, die von ca. 1 bis 1,5 m Höhe auf den Kopf fallen, können zwar einfache lineare Schädelfrakturen aufweisen, sie haben jedoch nie Retinablutungen oder schwere intrakranielle Blutungen. Deshalb muss bei Verdacht auf ein Schütteltrauma immer ein Ophthalmologe beigezogen werden, um den Augenfundus zu beurteilen, da die Re-

Notfall Rettungsmed 2007 · [jvn]:[afp]–[alp]
DOI 10.1007/s10049-007-0965-9
© Springer Medizin Verlag 2007

G. Staubli

Kindesmisshandlung

Zusammenfassung

Die Misshandlung von Kindern weist sehr viele Facetten auf. Die Zahl der misshandelten Kinder ist schwierig abzuschätzen, sicher ist, dass es eine hohe Dunkelziffer gibt. Bei der Erkennung von Kindesmisshandlung ist jeder Mann und jede Frau gefordert. Beim Verdacht auf eine Misshandlung sollte jedoch nie im Alleingang vorgegangen werden, der Einbezug von Fachpersonen ist unerlässlich. Grundsätzlich könnte jede Verletzung Folge einer Misshandlung sein. Der Verdacht sollte aber v. a. dann geäußert werden, wenn die geschilderte Anamnese nicht zu den Verletzungsmustern passt oder die Verletzungen nach dem Entwicklungsstand des Kindes schlicht nicht möglich sind oder wenn die Verletzungen an ungewöhnlichen Körperstellen sind. Noch viel wichtiger als die Erkennung und Behandlung von misshandelten Kindern ist jedoch die Prävention. Deshalb ist es entscheidend, dass die psychosozialen Risikofaktoren bekannt sind, sodass man den betroffenen Eltern rechtzeitig Hilfe anbieten kann.

Schlüsselwörter

Kindesmisshandlung · Missbrauch · Nicht akzidentelle Verletzung · Prävention

Child abuse

Abstract

Child abuse has a lot of different aspects. The number of abused children is unknown but it is clear that there is a very high number of unreported cases. Every single person is requested to help to detect child abuse. The involvement of a specialized team is mandatory if the suspicion of abuse is raised. To go and handle such a case alone is not advisable. Theoretically child abuse could be hidden behind every injury. The suspicion should be raised if the history is not congruent with the pattern of the injuries or the stage of development of the child. Even more important than to identify and treat a abused child is to prevent the abuse. Therefore the psychosocial risk factor should be well known to intervene early enough to provide help to the not coping caretakers.

Keywords

Child abuse · Sexual abuse · Not accidental injury · Prevention

tinablationen durch einen Nicht-Ophthalmologen oft übersehen werden.

Im Krankenhaus wird zur weiteren Abklärung ein Computertomogramm oder ein MRT gemacht. Typisch für das Schütteltrauma sind die Subduralhämatome und ein Hirnödem, im MRT sieht man oft die sog. „shearing injuries“ [1, 5, 6].

Hier ist zu erwähnen, dass das Schütteltrauma meist bei kleinen Kindern gesehen wird, dass es aber durchaus auch Fälle gibt, wo ältere Kinder so massiv geschüttelt wurden, dass sie Hirnschäden davongetragen haben.

Neben dem Schütteltrauma ist das Erstickten von Kleinkindern (Infantizid) wahrscheinlich die häufigste Form der Misshandlung, die zum Tod des Kindes führt. Untersuchungen von Säuglingen die vermeintlich an einem SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) gestorben sind, ergaben, dass ca. 15% dieser Kinder an einer Misshandlung durch Erstickten gestorben sind [2].

Raritäten

Durch das Zusammentreffen von verschiedenen Kulturen kommt es immer wieder zu ganz seltenen Formen von „Misshandlung“, die aber nicht auf einer böswilligen Intention der betreuenden Personen beruhen, sondern kulturell bedingt sind. Als Beispiel kann hier das „Coining“ erwähnt werden. In den asiatischen Ländern wird bei Fieber eine Münze heiß gemacht und den Kindern über den Rücken und die Brust gerieben, um das Fieber zu senken, was Suffusionen in der Haut hinterlässt, dies wird „Coining“ genannt (■ Abb. 5).

Sexueller Missbrauch/Ausbeutung

Es gibt verschiedene Definitionen des sexuellen Missbrauchs. Die Definition nach Kempe 1978 und Finkelhor 1986 lautet: „Der Begriff der sexuellen Ausbeutung bezeichnet den Einbezug von Kindern oder abhängigen Jugendlichen in sexuelle Handlungen zu einem Zeitpunkt ihrer Entwicklung, zu dem sie den Inhalt und die Bedeutung dieser Handlung nicht vollumfänglich begreifen können, oder in sexuellen Handlungen, die soziale Tabus der Rollendefinition in der Familie verletzen.“

Neben der analen und vaginalen Penetration gehört zum sexuellen Miss-

brauch auch der Voyeurismus, der Exhibitionismus und das Berühren der Geschlechtsteile sowie das Verlangen, masturbieren oder gestreichelt zu werden, aber auch die Konfrontation mit Pornographie und die Einführung in die Prostitution.

Bei all diesen Handlungen kann das Kind auf Grund seiner körperlichen und geistigen Entwicklung diese Dinge nicht verstehen und es besteht ein evidenter Machtmissbrauch durch den Täter. Bei Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch sollte das Kind nicht mit suggestiven Fragen beeinflusst werden. Besteht ein hochgradiger Verdacht, sollte das Kind durch eine Fachperson befragt werden. Man sollte aber die spontanen Aussagen des missbrauchten Kindes wort-wörtlich schriftlich festhalten.

Zur Sicherung von Spuren sollten die Kinder so schnell wie möglich in ein Spital gebracht werden, wo dann die verschiedenen Untersuchungen in die Wege geleitet werden können (Spurensicherung, Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten, HIV-Prophylaxe, Schwangerschaftsverhütung, Dokumentation).

► Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollte immer ein Kinder- und Jugendgynäkologe hinzugezogen werden

Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch wird bei uns immer eine Kinder- und Jugendgynäkologin beigezogen, die das Kind untersucht. Es ist sehr wichtig, dass eine Fachperson diese Kinder untersucht, damit eine Retraumatisierung vermieden werden kann. Ein normaler körperlicher und genitaler Befund schließt einen sexuellen Missbrauch jedoch nie aus (■ Infobox 4).

Vernachlässigung

Unter Vernachlässigung verstehen wir das Nichterfüllen von kindlichen Grundbedürfnissen wie zum Beispiel Essen, Kleidung und Hygiene. Dazu gehört aber auch die mangelnde oder ungenügende Anregung für das Kind für seine Entwicklung sowie die mangelnde Aufsicht und Betreuung eines Kindes. Eine weitere Art von Vernachlässigung ist die Missachtung der Gesundheit des Kindes, dazu gehört das verspätete Aufsuchen eines Arztes bei Krankheit oder bei einem Unfall.

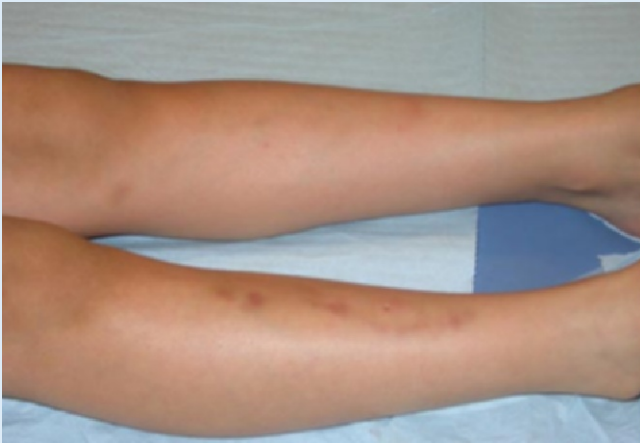


Abb. 1 ◀ Hämatome an den Unterschenkeln eines aktiven Kindes



Abb. 3 ◀ Verbrühung durch heißen Kaffee



Abb. 4 ◀ Verbrühung durch Eintauchen in heißes Wasser



Abb. 2 ▲ Deutliche Schwellung der Weichteile eines misshandelten Kindes



Abb. 5 ▲ Coining

Diese Form der Misshandlung ist bei einem Erstkontakt durch den Notfallarzt oder die Rettungssanitäter oft sehr schwer zu erkennen. Ein Hinweis auf Vernachlässigung ergibt sich oft erst auf gründliche Befragung bezüglich des sozialen Umfelds, allfälligen Paarkonflikten, Suchtproblemen oder finanziellen Problemen. Allenfalls kann im Haushalt eine gewisse Unordnung festgestellt werden, Medikamente liegen herum oder sonstige nicht

kindergerechte Gegenstände etc. Sollten solche Beobachtungen gemacht werden, ist es ganz wichtig, dass diese dem nachbehandelnden Arzt gemeldet werden.

Psychische Misshandlung

Jede Art von Misshandlung zieht eine psychische Schädigung des Kindes mit sich. Von einer eigentlichen psychischen Misshandlung spricht man dann, wenn die Eltern

ein Kind offensichtlich ablehnen, ignorieren, demütigen, terrorisieren oder isolieren. Auch die Überforderung eines Kindes (z. B. durch die Verwicklung in einen Paarkonflikt) gehört sicher dazu. Die klinischen Symptome eines psychisch misshandelten Kindes sind oft schwer zu erkennen und können sich in ganz verschiedenen Symptomen präsentieren und sind vom Alter des Kindes abhängig (z. B. aggressives Verhalten, chronische Bauchschmerzen etc.).

Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom

Das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom ist eine sehr seltene Form der Kindsmisshandlung. Darunter versteht man das Erfinden oder Vortäuschen von Krankheitssymptomen durch die Betreuungsperson bei einem sonst eigentlich gesunden Kind, um die Aufmerksamkeit und Zuwendung von den behandelnden Ärzten zu bekommen. Es sind immer die Kindsmütter, die solche Symptome beim Kind produzieren oder vortäuschen. Sobald das Kind von der Mutter getrennt wird, bleiben diese Symptome aus und das Kind ist wieder gesund. Oft braucht es zahlreiche Klinikaufenthalte und Untersuchungen, bis man auf diese Verdachtsdiagnose stößt.

Vorgehen bei Verdacht auf eine Kindsmisshandlung

Es ist wichtig, dass man sowohl im Berufsleben als auch als Privatperson bei dem Verdacht auf eine Kindesmisshandlung wort-wörtlich dokumentiert, welche Aussagen von wem gemacht wurden, dass man die allfälligen körperlichen Befunde fotografisch dokumentiert oder dokumentieren lässt.

Der wichtigste Grundsatz im Kinderschutz ist: *Nie alleine.*

Dies bedeutet, dass man im Verdachtsfall auf keinen Fall die Kindseltern alleine konfrontieren soll, sondern immer zuerst Fachpersonen einschaltet, die dann die Situation genau analysieren [3].

Hier greift ein weiterer wichtiger Grundsatz, der im Kinderschutz gilt: *Langsamer führt oft schneller zum Ziel.* Durch ein sorgfältiges Zusammentragen aller Informationen und Befunde können in Ruhe und wohl überlegt Maßnahmen eingeleitet werden. Ein unüberlegtes oder emotionales Handeln führt oft nicht zum erwünschten Schutz des Kindes.

Bei unklaren körperlichen Befunden oder auffälligem Verhalten des Kindes oder der Betreuungsperson wird im Kinderspital Zürich immer versucht, das Kind stationär aufzunehmen. Danach wird eine Kinderschutzgruppensitzung einberufen,

wobei diese interdisziplinär zusammengesetzt ist (Arzt/Ärztin, Sozialarbeiter(in), Psycholog(in) oder Psychiater(in), Leitung Pflege, Vertreter des Behandlungsteams auf der Station, bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch auch immer die Kinder- und Jugendgynäkologie). In dieser Kinderschutzsitzung werden die Fakten zusammen getragen, wobei dann oft festgestellt wird, dass wichtige Untersuchungsbefunde fehlen, die man bis zur 2. Sitzung, die immer statt findet, noch nachholen kann. In unklaren Fällen sollte die Anamnese immer auf das soziale Umfeld der Familie ausgedehnt werden (z. B. der Kinderarzt, die Schule etc.), um weitere Hinweise für die Entscheidungsfindung zu erhalten. Nach sorgfältiger Auswertung aller Befunde wird abgewogen, welches Vorgehen für das Kindeswohl das Beste ist.

Mögliche Maßnahmen

Das Ziel jedes Vorgehens und jeder Maßnahme muss der Schutz des Kindeswohls sein.

Bleibt der Verdacht auf eine Misshandlung bestehen, wird meist versucht, mit den Eltern eine einvernehmliche Lösung zu finden. Dazu gehört fast immer das Einbauen von Kontrollen, sei dies durch den Kinderarzt oder sonstigen Betreuungspersonen.

Wenn dies nicht gelingt, schalten wir die Behörde mittels einer Gefährdungsmeldung ein, um die Eltern zu gewissen Maßnahmen zwingen zu können. Das Verordnen von Maßnahmen kann nur durch die Vormundschaftsbehörde in die Wege geleitet werden (z. B. Errichten einer Beistandschaft, Entzug der elterlichen Obhut etc.).

Bei einer schweren Misshandlung erstatten wir eine Strafanzeige, damit die Umstände geklärt werden können.

Prävention

Noch viel wichtiger als die Erkennung einer Misshandlung ist die Prävention einer solchen. Die Prävention beginnt bei der Vorsorgeuntersuchung beim Kinder- oder Hausarzt. Dort sollten die Eltern aufgeklärt werden, was sie tun müssen, wenn sie ein Schreckkind haben, wie sie vorgehen können bei einer Überforderung etc. Zur

Infobox 1

Risikofaktoren, die eine Misshandlung begünstigen

- Kindliche Risikofaktoren
 - Frühgeburtlichkeit
 - Behinderung oder Missbildung
 - „Schrei-Baby“
 - Verhaltensauffälligkeiten
- Elterliche Risikofaktoren
 - Psychische Probleme
 - Suchtprobleme
 - Junge Mutter
 - Soziale Probleme (finanziell, Paarkonflikt, Arbeitslosigkeit)
 - Selbst erlebte Misshandlung

Infobox 2

Wie erkenne ich eine Misshandlung?

- Faktoren, die für einen Kindsmisbrauch sprechen
- Nicht akzidentelle Verletzung
- Shaken-Baby-Syndrom
- Anzeichen, die auf einen sexuellen Missbrauch hindeuten
- Vernachlässigung

Infobox 3

Allgemeine Hinweise auf eine körperliche Misshandlung

- Fehlende, vage, unklare, wechselnde Erklärung der Eltern für die Verletzungen
- Unadäquater Unfallmechanismus
- Verletzungen verschiedenen Alters
- Verzögerte ärztliche Konsultation bei schweren Verletzungen
- Häufiger Wechsel der medizinischen Betreuung des Kindes
- Hinweise vom Kind selbst oder von Drittpersonen betreffend des Unfallhergangs

Infobox 4

Unspezifische somatische Symptome bei sexuellem Missbrauch

- Bauchschmerzen
- Dysurie
- Migräne
- Verhaltensstörungen (Ess- und Schlafstörungen, Schulversagen)
- Dissoziative Störungen

Prävention gehört aber auch die Minimierung von psychosozialen Belastungsfaktoren wie z. B. Arbeitslosigkeit, Armut etc., die das Risiko für eine Misshandlung erhöhen. Dies ist eine große gesellschaftspolitische Herausforderung, die uns alle etwas angeht.

Fazit für die Praxis

Beim Verdacht auf eine Kindesmisshandlung ist es ganz wichtig, dass alle Aussagen der Beteiligten genau dokumentiert werden, dass allfällige körperliche Befunde fotografiert werden. Der nächste Schritt sollte immer der Einbezug von Fachpersonen sein (Sozialarbeiter, Psychologen, Psychiatern, Kinder- und Jugendgynäkologe, allfälliger Fachspezialist) damit die Situation des Kindes interdisziplinär ausgelotet werden kann mit dem Ziel, die bestmöglichen Maßnahmen zum Schutze des Kindes einzuleiten. Um eine falsche Anschuldigung zu vermeiden, ist es häufig nötig, sehr langsam vorzugehen und sowohl medizinisch als auch psychosozial breit abzuklären. Das Wichtigste ist, dass man an die Möglichkeit einer Misshandlung denkt und diese nicht im vornhinein ausklammert.

Korrespondenzadresse

Dr. G. Staubli

Interdisziplinäre Notfallstation,
Universitäts-Kinderklinik
Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich
Schweiz
georg.staubli@kispi.uzh.ch

Literatur

1. American Academy of Pediatrics (2000) Diagnostic imaging of child abuse (statement from the Section on Radiology). *Pediatrics* 105: 1345–1348
2. American Academy of Pediatrics (2001) Committee on Child Abuse and Neglect: distinguishing sudden infant death syndrome from child abuse fatalities. *Pediatrics* 107: 437–441
3. Herrmann B (2000) Der Stellenwert medizinischer Diagnostik bei körperlicher Misshandlung im multiprofessionellen Kontext – mehr als die Diagnose einer Fraktur. *Kindsmisshandlung Vernachlässigung* 4: 123–145
4. Jenny C (2001) Cutaneous manifestations of abuse. In: Reece RM, Ludwig S (eds) *Child abuse – medical diagnosis and management*, 2nd edn. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, pp 23–46
5. Reece RM, Sege R (2000) Childhood head injuries: accidental or inflicted. *Arch Pediatr Adolesc Med* 154: 11–15
6. McNeely PD, Atkinson JD, Saigal G et al. (2006) Subdural hematomas in infants with benign enlargement of the subarachnoid spaces are not pathognomic for child abuse. *AJNR Am J Neuroradiol* 27: 1725–1728
7. Lips U (2002) Das Schütteltrauma – eine wenig bekannte Form der Kindsmisshandlung. *Schweiz Med Forum* 4: 72–76

Termine

Dezember 2007

Mannheim 13.-15.12.2007

Mannheimer Pädiatrietage

Das kritisch kranke Kind
Themen: Unfälle, Kreislaufversagen, neonatales Lungenversagen, Kreislaufversorgung, Sepsis
Auskunft: Frau Claudia Kellner, Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Markt 8, 07743 Jena,
Fon: 03641/3533-268,
paediatricstages@conventus.de,
<http://conventus.de/paediatricstages2007/>

Hamburg 14.-15.12.2007

20. Norddeutscher Kongress für Anästhesie, Intensivtherapie, Notfallmedizin und Schmerztherapie

NAT 2007
Themen: Regionalanästhesie, Intensivtherapie, Allgemeinanästhesie, Airwaymanagement, Kinderanästhesie
Auskunft: Frau Petra Dörflinger, Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Kongressabteilung, Zerkabelshofstraße 29, 90478 Nürnberg,
Fon: 0911/3931621, Fax: 0911/3931678,
petra.doerflinger@mcn-nuernberg.de,
www.mcn-nuernberg.de

Januar 2008

St. Anton 26.01.-01.02.2008

Int. Symposium für Anästhesie, Intensivtherapie, Notfallmedizin und Schmerztherapie

Auskunft: Frau Madlen Steinfurth, Universität Rostock, Schillingallee 35, 18057 Rostock,
Fon: 0381/494-6414, Fax: 0381/494-6417,
st-anton@med.uni-rostock.de,
www.anaesthesie.med.uni-rostock.de

Februar 2008

Kiel 10.-11.02.2008

DGAI-Wissenschaftliche Arbeitstage Notfallmedizin

4. Treffen der wissenschaftlich tätigen Arbeitsgruppen im Bereich Notfallmedizin
Auskunft: Herr Prof. Dr. Jens Scholz, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Schwanenweg 21, 24105 Kiel,
Fon: 0431/597-2991, Fax: 0431/597-3002,
kontakt@anaesthesie.uni-kiel.de,
www.anaesthesie.uni-kiel.de

März 2008

Baden-Baden 07.-08.03.2008

23. Notfallmedizinische Jahrestagung der agsw

State of the Art
Auskunft: Geschäftsstelle der agsw,
Fon: 0731/960-8469, Fax: 0731/378-8517,
geschaeftsstelle@agswn.de,
www.agsw.de

Zürich 29.03.2008

Kinderanästhesietag Zürich 2008

KATZ '08 aus der Praxis für die Praxis
Themen: Ventilation, Intubation, Lokalanästhetika-intoxikation, Fremdkörperaspiration
Auskunft: Anästhesieabteilung Universitäts-Kinderkliniken, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich,
katz@kispi.unizh.ch,
www.kindernarkose.ch

April 2008

Bochum 04.-05.04.2008

Westdeutsche Anästhesietage

Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie für Ärzte und Pflegenden
Auskunft: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg,
Fon: 0911/393-1616 oder -54,
Fax: 0911/393-1656,
www.mcn-nuernberg.de

Nürnberg 26.-29.04.2008

55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

DAC 2008
Themen: Ambulante Anästhesie, Grundlagenforschung, Intensiv-, Notfall- und Palliativmedizin, Monitoring, Schmerz
Auskunft: Frau Maya Lenz, Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Schwanenweg 21, 24105 Kiel,
Fon: 0431/597-2991, Fax: 0431/597-3002,
anaesthesie@uk-sh.de,
www.dac2008.de

Mai 2008

Ghent 22.-24.05.2008

Resuscitation 2008

9th Scientific Congress
Auskunft: www.resuscitation2008.eu

Budapest 25.-28.05.2008

9th European Congress of Trauma and Emergency Surgery

Auskunft: Mondial Congress & Events, Operngasse 20b, 1040 Wien, Österreich,
Fon: +43 (0)158/804-0, Fax: +43 (0)158/804-185,
eurotrauma2008@mondial.at,
www.eurotrauma2008.org

September 2008

Berlin 18.-20.09.2008

10. Hauptstadtkongress der DGAI für Anästhesiologie und Intensivtherapie

HAI 2008
Themen: Anästhesiologie, Notfallmedizin, Schmerztherapie, Intensivmedizin, klinische Behandlungspfade, Pfelegsymposium
Auskunft: bcc Berliner Congress Center GmbH, Alexanderstr. 11, 10178 Berlin,
Fon: 030/23806750, Fax: 030/23808834,
info@bcc-berlin.de,
www.bcc-berlin.de

Augsburg 18.-20.09.2008

aescutec 2008

Kongressmesse für Notfallmedizin, Rettungsdienst und Katastrophenmanagement
Themen: Airway-Management, Pädiatrische Notfälle, Krankenhausnotfallplanung, Qualitätsmanagement
Auskunft: Frau Birgit Steinfelder, ORTEC Messe und Kongress GmbH, Bertolt-Brecht-Allee 24, 01309 Dresden,
Fon: 0351/315330, Fax: 0351/3153310,
aescutec@ortec.de,
<http://www.aescutec.de>



Weitere Termine finden Sie im Internet unter www.NotfallundRettungsmedizin.de